Rok XXXVII. Kraków, 31. Grudnia 1898. Nr. 53.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z zakładu higieny Prof. O. Bujwida.

Doświadczenia nad wyjaławianiem w przyrządzie sterylizacyjnym Łepkowskiego-Hellera

Podał
Dr. Fr. Bernaciński.

Szereg doświadczeń, przeprowadzonych w kilku ostatnich latach przez J. Ortha w Göttingen i Trillata w Paryżu nad własnościami formaliny, spowodował, że przetwór ten polecono, szczególnie w Niemczech, do odkażania większych przestrzeni, jak n. p. sale chorych, koszary, składy odzieży i t. p. Chociaż w odkażaniu tego rodzaju nie okazała się formalina bezwzględnie bez zarzutu, jak to z doświadczeń Trillata wynika, jednak nie porzucono myśli zastąpienia nią dotychczasowego sposobu wyjaławiania rozmaitych przyborów i narzędzi chirurgicznych, a to ze względu na łatwość, z jaką odkażanie formaliną przeprowadzić można. W tym celu podają autorowie rozmaite przyrządy i do ich rzędu należy też zaliczyć przyrząd sterylizacyjny pomysłu pp. Doc. Dr. Łepkowskiego i magistra farmacyi p. Hellera.

Przyrząd ten składa się z szklanego cylindra z umieszczonym wewnątrz cylindra metalowym koszyczkiem, służącym do ustawienia przedmiotów przeznaczonych do odkażenia. Pierwiastkiem odkażającym jest lotny bezwodnik kwasu mrówkowego, który ulatnia się z pastylek, znajdujących się na dnie przyrządu pod koszyczkiem. Podczas wyjaławiania zamyka się przyrząd wieczkiem, którego boczne ściany smaruje się waseliną, żeby lotna formalina nie uchodziła i ciągle działała na przedmioty, poddane odkażeniu.

Przedmiotami zaś, które się nadają do odkażania w tym przyrządzie, są szczoteczki do rąk, zębów, cewniki, sondy, szczypczyki i t. p.

Celem oznaczenia wartości i siły desinfekcyjnej tego przyrządu przeprowadziłem kilka doświadczeń, których wynik podaje niżej umieszczona tabliczka. Kierując się wskazówkami, udzielonemi mi łaskawie przez pana Prof. O. Bujwida, przeprowadziłem je w sposób następujący:

Po przygotowaniu świeżych hodowli prątków zmywałem je wodą wyjałowioną z pożywek. W tej wodzie zanurzałem dwie szczoteczki, poprzednio wyjałowione i wstawiałem je do przyrządu sterylizacyjnego na przeciąg 24 godzin. Równocześnie dla kontroli umieszczałem w cylindrze wyjałowionym trzecią szczoteczkę, zaprawioną w podobny sposób wodą, zawierającą te same drobnoustroje, co szczoteczki w przyrządzie i zamykałem go również na czas 24 godzin. Po upływie tego czasu opłókiwałem wszystkie trzy szczoteczki w wodzie wyjałowionej, która przez to stawała się mętną. Następnie szczepiłem tej mętnej wody trzy kropelki, zawarte w kółku drucika platynowego, jakiego zwykle używa się do szczepień bakteryologicznych, na odpowiednie pożywki, jak żelatyna, agar, agar glicerynowy, agar z surowicą, surowica i t. d., a wynik tych szczepień podaję w następującej tabliczce, w której znak + oznacza wynik dodatni, t. j. wzrost bakteryj, znak zaś — wynik ujemny, t. j. bakterye zostały zniszczone.

PRZYRZĄD					CYLINDER				
Rodzaj bakteryj i ich pochodzenie	Sposób szczepienia	Kiedy	Pożywka	Wynik szczepienia	Rodzaj bakteryj i ich pochodzenie	Sposób szczepienia	Kiedy	Pożywka	Wynik szczepienia
1. a) Bakterye wzięte z jamy ust przez potarcie 2 szczoteczek o dziąsła	b) Szczepione po opłókaniu obu szczoteczek w wodzie wyjałowionej po 3 krople	c) po 24 godz. odkażania w przyrządzie Łepkowski-Heller	d) na żelatynę	e) —	jak przy a)	jak przy b) jedna szczoteczka	po 24 godz. pozostania w zamkniętym wysterylizowanym cylindrze	jak przy d)	+ po 3-ch dniach kolonie rozmaitych bakteryj
2. a) Prątek Löfflera po zmyciu wodą wyjałowioną świeżej hodowli przez zanurzenie 2 szczoteczek, w wodzie z opłókania	b) Dto	c) Dto	d) na surowicę	e) —	jak przy a)	jak przy b)	Dto	na surowicę	+ po 24 godzinach
3. a) Dto gronkowiec ropotwórczy złoty	b) Dto	c) Dto	d) na agar	e) —	jak przy a)	jak przy b)	Dto	na agar	+ Dto
4. b) Dto paciorkowiec	b) Dto	c) Dto	d) na agar z surowicą	e) —	jak przy a)	jak przy b)	Dto	na agar z surowicą	+ Dto

Doświadczenia z tymi drobnoustrojami rozpocząłem w ten sposób, że otrzymane wprost z handlu szczoteczki dwie wyjałowiłem w przyrządzie Łepkowskiego Hellera, a równocześnie trzecią ustawiłem dla kontroli w cylindrze wyjałowionym. Po wysianiu wody z opłókania wszystkich szczoteczek na żelatynę otrzymałem kolonie bakteryj tylko z wody, użytej do opłókania szczoteczki kontrolnej. Następnie wyjałowiłem w sterylizatorze wszystkie szczoteczki i przystąpiłem do doświadczeń z drobnoustrojami w porządku wymienionym w tabliczce.

Z porównania wyników szczepień, uwidocznionych w tablicy okazuje się, że przyrząd sterylizacyjny Łepkowskiego-Hellera jest bardzo dobry do odkażania przyborów toaletowych i drobnych narzędzi chirurgicznych, że odkażenie jest pewne, gdyż przedmioty znajdują się ciągle pod odkażającem działaniem lotnej formaliny, której ujść nie dozwala hermetyczne zamknięcie przyrządu. Nieposlednią nadto zaletą tego przyrządu jest to, że przedmioty należy tylko umieścić w nim, bez żadnych dalszych zachodów, aby je mieć wyjałowione po upływie dosyć krótkiego czasu.

II. Stopa szpotawa wrodzona.

(Rzecz opracowana na podstawie 50 przypadków własnych).

Podał
Dr. H. Schramm,
docent chirurgii w Uniw. lwowskim.

(Dokończenie).

Drugą operacyą, jaką często wykonać musimy dla łatwiejszego usunięcia stopy szpotawej, jest przecięcie powięzi podeszwowej w przypadkach, w których nadmierne jej skrócenie przeszkadza bardzo usunięciu addukcyi stopy. Operacyę tę wykonujemy również podskórnie w ten sposób, że wbija się wązki prosty tenotom na wewnętrznym brzegu stopy w miejscu jej największego zagięcia między skórę a powięź, przez naciągnięcie przedniej części stopy w kierunku abdukcyi powięź się napina i przecina się ją z zewnątrz ku wewnątrz. Obawy zranienia ważniejszych części niema, gdyż tętnica podeszwowa wewnętrzna i nerw leżą zbyt głęboko, aby je można uszkodzić przy cokolwiek ostrożniejszem wykonaniu operacyi.

Oprócz tych dwóch zabiegów polecali różni autorowie przecinanie różnych ścięgien: Wright przecina ścięgno m. piszczelowego tylnego, przedniego i ścięgno Achillesa; Tappert rozpoczyna leczenie przecięciem ścięgna m. goleniowego przedniego, a po kilku dniach przecina powięź podeszwową i ścięgno Achillesa; Brodhurst, upatrujący główny powód powstania stopy szpotawej w skróceniu części miękkich, przecina ścięgna mm. goleniowego tylnego, zginacza długiego palucha, goleniowego przodkowego, ścięgno Achillesa i powięź podeszwową; Parker nadto radzi przeciąć więzadło boczne wewnętrzne, więzadło piętowo-czółenkowe i napiętko-czółenkowe.

Wszystkie te operacye przy dokładnem sprostowaniu sposobem Königa lub Lorenza są w przeważnej części przypadków zbyteczne, a nadto wykonanie ich podskórne, zwłaszcza zaś przecięcie ścięgna m. goleniowego tylnego, bardzo trudne i niepewne. W przypadkach więc bardzo opornych, w których sprostowanie napotyka na zbyt wielkie trudności, lepiej jest zamiast tych podskórnych licznych tenotomij wykonać operacyę podaną przez Phelpsa, a polegającą na otwartem przecięciu części miękich po wewnętrznej stronie stopy. Operacya ta, opisana przez Phelpsa na Zjeździe międzynarodowym w Kopenhadze w r. 1884, zyskała uznanie wielu wybitnych chirurgów. Schede, Levy, Hensel, Kirmisson, Motte osiągnęli przy jej zastosowaniu w ciężkich przypadkach doskonałe wyniki; Büngner i Noyon nawet podają przypadki, w których nawrót stopy szpotawej po poprzednio wykonanej resekcyi klinowej uleczyli zapomocą operacyi Phelpsa; również Karewski podaje, że pomiędzy 28 przypadkami, leczonymi przez niego metodą Phelpsa, było wiele takich, w których poprzednio przez fachowców stosowana tenotomia i sprostowanie forsowne lub w etapach nie doprowadziło do celu.

Operacya Phelpsa wykonuje się w następujący sposób: po przecięciu ścięgna Achillesa, zakłada się na podudzie opaskę Esmarcha i prowadzi się cięcie prostopadle do stopy w środku między kostką wewnętrzną a stawem Choparta, długie na 2—3 cnt. Tuż koło kostki wewnętrznej natrafia się na ścięgno m. goleniowego tylnego i przecina się go, następnie, kierując nóż nieco łukowato tuż popod kostkę wewnętrzną, przecina się więzadło boczne wewnętrzne (deltoideum), przyczem naturalnie otwiera się staw skokowy. Jeżeli obecnie wyprostowanie nie udaje się całkiem łatwo, natenczas wyszukuje się głębiej, ewentualnie po przedłużeniu cięcia ku dołowi, ścięgno długiego zginacza palców, mięśnia odwodzącego i mięśnia zginacza palucha długiego, i przecina się je z zachowaniem ostrożności, aby nie uszkodzić naczyń i nerwów leżących tuż pod mięśniem odwodzącym palucha. Prawie we wszystkich przypadkach udaje się teraz doprowadzić stopę do prawidłowego położenia; w wyjątkowych przypadkach, w których mimo wykonania wyżej wymienionych zabiegów jeszcze napotykamy znaczny opór przy sprostowywaniu stopy, trzeba otworzyć szeroko staw między kością skokową a czółenkową, na co szczególnie kładzie nacisk Kirmisson, lub przeciąć linijnie szyję kości skokowej. Ranę, szeroko otwartą, tamponuje się gazą jodoformową lub, według Schedego, pokrywa się tylko gazą tak, aby po zdjęciu opaski Esmarcha cała rana mogła się wypełnić skrzepem krwi, i zakłada się opatrunek przeciwgnilny, a na to gipsowy w prawidłowem położeniu stopy. Opatrunek ten pozostaje przez 3 do 4 tygodni, a po zdjęciu go rana zwyczajnie jest już gładko zagojona. Przez następne 4 do 5 miesięcy zmienia się opatrunek co 2 lub 3 tygodnie, a przy każdej zmianie wykonuje się masowanie, ruchy czynne i bierne stopy, w celu wzmocnienia mięśni. Przez cały ten czas dziecko może chodzić; po tem zaś, a według żądania niektórych chirurgów zaraz po zdjęciu pierwszego opatrunku gipsowego, dostaje dziecko odpowiedni but do chodzenia. Pamiętać bowiem należy, że i po operacyi Phelpsa leczenie następowe może trwać dość długo, najmniej rok; przez ten czas powinien lekarz oglądać pacyenta w odstępach czasu raz lub dwa razy na miesiąc, aby występujące ewentualnie zboczenie natychmiast poprawić; w razie zaniedbania tej ostrożności może bowiem nastąpić nawrót cierpienia, jak to opisuje Nasse. Z pomiędzy mych przypadków wykonałem

operacyę Phelpsa u 5 dzieci między 2 a 3 rokiem życia, a mianowicie w 3 (2 chł. 1 dziew.) po obu stronach, a u 2 chłopców po jednej (lewej) stronie. Dwa z nich, oba u chłopców 3-letnich z obustronną stopą szpotawą, były tak uparte, że mimo sprostowania forsownego nie udało mi się doprowadzić do zupełnie prawidłowego położenia stopy. Nadto dzieci, po wyjściu ze szpitala w opatrunku gipsowym, wracały po 3—5 tygodniach bez, lub z zupełnie zniszczonym opatrunkiem, a stopa pozostawała znów w wadliwem położeniu, jak przed zabiegiem. Operacya Phelpsa, połączona z przecięciem szyi kości skokowej, doprowadziła w obu przypadkach w ciągu $^1/_2$ roku do zupełnego i stałego wyleczenia. Również i u 3 innych dzieci, u których obyło się bez operacyi kostnej, wynik ostateczny jest zupełnie zadowalniający.

Oprócz wyżej wymienionych operacyj polecano w celu leczenia, zwłaszcza wyższych stopni stopy szpotawej, rozmaite inne zabiegi, których zestawienie według Lorenza jest następujące:

A. Osteotomie:

1) Linijne przecięcie kości czółenkowej od strony podeszwy (Hahn).

2) Linijne przecięcie kości podudzia ponad stawem skokowym (Hahn, Vincent); ten ostatni radzi raczej złamanie (osteoklazyę).

B. Wyłuszczenie kości:

a) *jednej kości:*

3) Wyłuszczenie kości sześciennej (Little, Solly).

4) Wyłuszczenie kości skokowej (Lund, Mason).

5) Wyłuszczenie kości skokowej z odcięciem końca kostki wewnętrznej (Mason, Riedl).

6) Wyskrobanie istoty gąbczastej z kości skokowej z pozostawieniem powierzchni stawowych (Meusel, Vérebely).

7) Wyłuszczenie kości skokowej i wypiłowanie w całej grubości wyrostka przedniego kości piętowej klina prostopadłego i podstawą na zewnątrz zwróconego (Hahn).

b) *Wyłuszczenie kilku kości:*

8) Wyłuszczenie kości skokowej i sześciennej (Albert, Hahn).

9) Wyłuszczenie kości skokowej, sześciennej i czółenkowej (West).

10) Wyłuszczenie kości czółenkowej i sześciennej (Bennet).

C. Wypiłowanie kości:

11) Wypiłowanie główki kości skokowej (Lücke, Albert).

12) Wypiłowanie klina z zewnętrznej połowy szyi kości skokowej (Hüter)

13) Wypiłowanie klina z zewnętrznej części stopy, obejmującego różne kości (Weber, Davies-Colley, Davy, Schede).

14) Wypiłowanie dwóch klinów, stojących prostopadle na sobie z podstawą na zewnątrz ze stawu Choparta i ze stawu skokowo-piętowego (Rydygier); wreszcie

15) w ostatnich latach polecił Hopkins wycięcie kawałka $^1/_2$—1 cnt. długiego z kości strzałkowej i sposobem tym w jednym przypadku osiągnął dobry wynik.

Z pomiędzy tego długiego szeregu operacyj miałem sposobność wykonać tylko dwie. U dziewczynki 8-letniej, o której już wyżej wspomniałem, wykonałem wycięcie kości skokowej po obu stronach. Operacyę tę wykonałem w zwykły sposób, a więc po uśpieniu chorej i założeniu opaski Esmarcha, zrobiłem najpierw tenotomię ścięgna Achillesa, następnie poprowadziłem cięcie nieco łukowate od kostki zewnętrznej, przez najwyższą wypukłość szyi kości skokowej, aż do ścięgien m. prostujących palce od razu aż do kości; następnie odciągnąłem ścięgna m. strzałkowych na zewnątrz, przeciąłem więzadła napiętko-strzałkowe (talo-fibulare) i strzałkowo-piętowe (fibulo-calcaneum), a podważywszy kość skokową zapomocą elewatora, przeciąłem więzadło w zatoce stępu (sinus tarsi). Teraz chwyta się kość w silne kleszcze i unosząc ją ku górze, przecina się najlepiej krzywemi nożyczkami wszystkie połączenia z sąsiedniemi kośćmi kolejno. Po wyjęciu kości stopa bez trudności dała się doprowadzić do położenia prawidłowego; ranę skórną dokładnie zespoiłem, a po założeniu opatrunku przeciwgnilnego ustaliłem stopę w należytem położeniu zapomocą opasek gipsowych. Po zastósowaniu leczenia ściśle antyseptycznego wygojenie rany nastąpiło przez rychłozrost. Ostateczny jednak wynik, stwierdzony za lat kilka, jak to już wspomniałem wyżej, nie był wcale zadowalniający. Tę samą operacyę wykonałem po raz drugi w roku 1888 u chłopca 12-letniego, cierpiącego na stopę szpotawą wysokiego stopnia po stronie lewej. Wynik operacyjny bezpośredni i w tym przypadku był pomyślny; chory opuścił szpital w 4 miesiące z opatrunkiem z szkła wodnego i stopą, pozostającą w położeniu zupełnie prawidłowem. O dalszym losie tego pacyenta nie mogłem się niestety nic dowiedzieć.

Drugą operacyę, t. j. wycięcie klina kostnego podług Davyego, wykonałem jeszcze w r. 1886 u dziewczynki 12-letniej, u której po stronie lewej znajdowała się stopa szpotawa wysokiego stopnia z bardzo rozwiniętą domieszką stopy końskiej. U dziewczynki tej poprowadziłem, również po poprzedniej tenotomii m. Achillesa, cięcie poprzeczne od wewnętrznego brzegu kości czółenkowej po przez największą wypukłość stopy aż do jej zewnętrznego brzegu przez skórę i powięź; brzegi rany nieco od podstawy oddzieliłem, następnie odciągnąłem hakami ścięgna m. prostującego palce na wewnątrz, oraz ścięgno mm. strzałkowych na zewnątrz, odsłoniłem dokładnie staw Choparta i wyciąłem szerokiem dłutkiem klin, podstawą swą zwrócony na zewnątrz, obejmujący części kości skokowej, piętowej i sześciennej, a ostrzem swem sięgający przez całą grubość kości czółenkowej. Po wyjęciu tego klina stopa dała się ułożyć w położeniu prawidłowem, zatem po zespojeniu rany skórnej kilkoma szwami węzełkowymi i pokryciu rany opatrunkiem przeciwgnilnym, ustalono stopę zapomocą opasek gipsowych.

W celu oznaczenia grubości klina, jaki należy wyciąć, radził Davy robić odlew gipsowy stopy z danego przypadku i na nim oznaczyć grubość klina. Hirschberg podał nawet matematyczną formułkę Zahlfussa, mającą służyć do obliczenia grubości klina. Najbezpieczniej i najpewniej jest wyciąć najpierw klin niezbyt gruby, spróbować czy stopa da się doprowadzić do prawidłowego położenia, a w przeciwnym razie wyciąć jeszcze jedną lub kilka blaszek kostnych. W przypadku wysokiego stopnia stopy szpotawej dobrze też jest przeciąć ścięgno mięśnia goleniowego tylnego, przez co naprężenie części miękich po stronie wewnętrznej się zmniejsza i do osiągnięcia prawidłowego położenia stopy może wystarczyć wycięcie mniejszego klina, co ze względu na skrócenie stopy nie jest rzeczą obojętną.

W przypadku moim wynik bezpośredni po wygojeniu rany był, jak to widać z załączonej ryciny *(Fig 14 a—b)* wcale



(Fig. 14a).



(Fig. 14b).

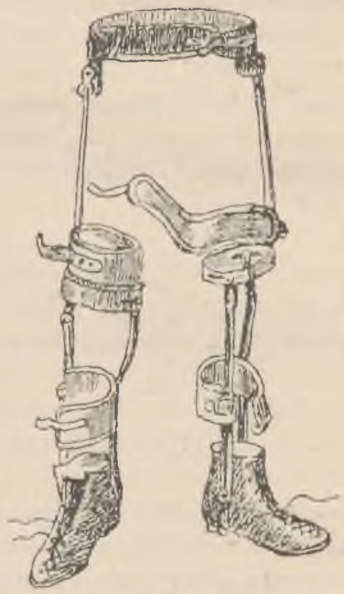
zadowalniający. Stopa dotykała ziemi całą swą podstawą, skrócenie jej względnie bardzo małe. Wynik ten nie był niestety stale tak dobry. Według wiadomości listownej, otrzymanej przed rokiem, chód dziecka już w kilka miesięcy po operacyi stał się dość bolesny, a obecnie zatem, w 11 lat po operacyi, stopa jest znacznie krótszą niż zdrowa, skręcona dość znacznie na wewnątrz, chód mozolny, nieelastyczny i bolesny przy cokolwiek większem używaniu nogi.

Operacye kostne u dzieci liczyły do niedawna licznych zwolenników. I tak, E. Ried polecał wycinanie kości skokowej w celu usunięcia stopy szpotawej nawet u dzieci między 1 a 6 rokiem życia; Berg wykonywał ją u dzieci między 7. a 14. rokiem życia, Agostini, Gulde, L. Championnière i Gohl polecali resekcyę kostną przy stopie szpotawej u dzieci w przypadkach, w których sprostowanie jej natrafiało na znaczne trudności. Nowsze jednak badania doprowadziły do zmiany tych zapatrywań; przekonano się bowiem, że takie operacye rozległe na szkielecie stopy pociągają za sobą zawsze upośledzenie jej funkcyi. Doświadczenia na klinice Volkmanna, opisane przez Büngnera, przekonały, że mimo wykonania operacyj kostnych na stopie szpotawej, nawet bardzo rozległych, przychodzi często do nawrotu zboczenia; to samo stwierdziły doświadczenia Noyona i do tego samego przekonania przyszedłem także i ja na podstawie moich spostrzeżeń. Spostrzeżenia te przekonały mię też, że zdanie, wypowiedziane przez L. Championnière, Hahna i innych, jakoby po tych zabiegach leczenie następowe było krótsze i mogło się obejść bez stósowania przyrządów, ustalających stopę, — nie jest słuszne. W obu mych przypadkach nastąpił nawrót, w wyższym nawet stopniu w przypadku leczonym zapomocą operacyi wycięcia kości skokowej. Przychylam się też obecnie zupełnie do zdania Hoffy, że operacye te wskazane są tylko w ciężkich przypadkach stopy szpotawej u dorosłych, zwłaszcza przy istnieniu kostnych zrostów między poszczególnemi kośćmi stopy; u dzieci wystarczy prawie zawsze sprostowanie bądź to zapomocą rąk, bądź z pomocą odpowiednich przyrządów, a w upartych przypadkach można się uciec do operacyi Phelpsa.

Wkońcu muszę jeszcze powiedzieć parę słów o zboczeniu, z którem spotykamy się w bardzo wielu przypadkach stopy szpotawej wrodzonej, a które, nie będąc usunięte, powoduje łatwo powrót zboczenia stopy. Zboczeniem tem jest skręcenie dolnej części podudzia na wewnątrz, pociągające za sobą w następstwie także i skręcenie całej kończyny w tym kierunku. Usunięcie tego zboczenia jest u dzieci małych stosunkowo dość łatwe: w tym celu można opaskami przymocować stopy dziecka mocno na zewnątrz skręcone do płaskiej deszczułki poziomo ułożonej w łóżku, jak to podał Heusner, lub uwiązuje się oba podudzia opaskami tak, aby pięty przylegały mocno do siebie, a pomiędzy oba palce duże wsuwa się odpowiednio długą, dobrze wyścieloną deszczułkę.

Dobre usługi oddaje także przyrząd Lauensteina, składający się z szyny żelaznej, przebiegającej wzdłuż stopy, a umocowanej pod odpowiednim kątem na szynie poziomej, lub połączonej z nią zawiasem tak, aby stopa własnym ciężarem lub sztucznie obciążona opadała zawsze na zewnątrz. W kilku moich przypadkach osiągałem ten sam skutek przez przymocowanie stopy dziecka do pościeli łóżka zapomocą agrafki, wpiętej w opatrunek koło palca małego. Sposoby te można także stósować i u starszych dzieci, gdy leżą w łóżku.

W celu utrzymania potrzebnej rotacyi stóp na zewnątrz podczas chodzenia służą różne przyrządy. W przyrządzie podanym przez Hoffę szyna zewnętrzna połączona zawiasem z pasem miednicowym jest skręcona około swej osi podłużnej



(Fig. 15).

na zewnątrz i przez swą elastyczność utrzymuje całą kończynę w rotacyi na zewnątrz. Przez większe lub mniejsze skręcenie szyny można nadać kończynie odpowiednie do danego przypadku położenie. Beely starał się osiągnąć potrzebny stopień skręcenia kończyny zapomocą pasa elasty-

cznego, idącego od zewnętrznej szyny udowej na jednej kończynie do zewnętrznej szyny w drugiej kończynie. Naturalnie, że tym sposobem obie kończyny muszą być skierowane na zewnątrz. Więcej zawikłane są przyrządy podane n. p. przez Sayrea, który obraca kończynę zapomocą śruby bez końca, umieszczonej w szynie udowej, lub przez Doylego, który w tym celu używa sprężyny, biegnącej od pasa biodrowego do stopy.

W pięciu mych przypadkach stósowałem z pomyślnym skutkiem przyrząd Meusela; składa się on, jak widać z załączonej ryciny *(Fig. 15)* z pasa miednicowego i ruchomo z nią połączonej szyny wzdłuż zewnętrznej powierzchni uda a zakończonej nad kłykciami uda obręczą stalową; do obręczy tej zastósowany jest przyrząd, składający się z dwóch szyn bocznych, obejmujących podudzie i stopę, dający się w obręczy posuwać wzdłuż osi poziomej i umocować zapomocą śrub w dowolnem położeniu.

W celu szybszego usunięcia tego zboczenia, zwłaszcza w wyższych stopniach, polecano także zabiegi operacyjne, n. p. przedłutowanie kości udowej i ustawienie podudzia w należytem położeniu; Helm polecał osteotomię linijną kości podudzia nad kostkami; Vincent doradzał podskórne złamanie (osteoklazyę) obu kości w tem miejscu, a R. Swan radził przecięcie piszczeli na granicy między średnią a dolną $^1/_3$ tej kości. Wszystkie te zabiegi uważam jako zupełnie zbyteczne u dzieci, a mogą być potrzebne tylko w wysokich stopniach stopy szpotawej u dorosłych.

III. Wyciągi.

Barthel: **O znajdowaniu się bakteryi w drogach oddechowych**, (*Cblt. f. Bact.* 1898. XXIV. Nr. 11 12). W roku ubiegłym ogłosił Dürck bardzo ciekawe badania nad etyologią zapalenia płuc i wykazywał, że w niezmienionych płucach osób zmarłych na rozmaite choroby znajduje się bardzo często ta sama mięszanina bakteryi, jaką zwykle wykryć można w zapaleniu płuc, z takasamą nawet przewagą pneumokoków. Podobne zjawisko spostrzegać miał D. w płucach zdrowych zwierząt i wnosił z tego, że i w płucach zdrowych ludzi znajdować się muszą rozmaite drobnoustroje chorobotwórcze. Aby jednak one mogły na ustrój zadziałać, potrzeba zdaniem D. uprzedniego wpływu innych jeszcze szkodliwych czynników. Ponieważ te twierdzenia D. sprzeciwiały się poniekąd panującemu zapatrywaniu, że płuca ludzi zdrowych zwykle nie zawierają drobnoustrojów, przeto podjął B. w pracowni prof. Hausera w Erlangen ponowne badania w tym przedmiocie. Badając samą tkankę płucną 3 królików i dwóch psów natychmiast po ich zabiciu, nie zdołał B. wyhodować nigdy większej ilości drobnoustrojów; na pożywkach wyrastało zaledwie po kilka kolonij i to nigdy nie były to drobnoustroje chorobotwórcze. Podobne wyniki dało badanie samej tkanki płucnej z 3 zwłok osób zmarłych na rozmaite choroby bez zmian w płucach. Natomiast badając bakteryologicznie treść oskrzeli 22 zwłok ludzkich wnet po śmierci, znalazł B. we wszystkich w obfitości drobnoustroje chorobotwórcze; w jamie ustnej tych samych zwłok, wśród mnóstwa bakteryi, było natomiast zwykle niewiele chorobotwórczych. Między innymi znalazły się pneumokoki w oskrzelach i drobniejszych oskrzelikach 12 razy, często też znajdowały się paciorkowce i gronkowce. Ci stali mieszkańcy oskrzeli są w zwykłych warunkach nieszkodliwi; jednak już nie wielkie uszkodzenie ochronnej warstwy przybłonka oskrzelowego, n. p. wskutek działania drobnych ciał (pył) lub prostego niezakaźnego nieżytu, może im utorować drogę w głąb tkanki płucnej i dać powód do ciężkich, a nawet zabójczych spraw chorobowych. W przeciwieństwie do oskrzeli same płuca zdrowych ludzi nie zawierają, zdaniem B., chorobotwórczych bakteryj; odmienne wyniki badań Dürcka odnosi B. do badania w długi czas po śmierci, gdy już drobnoustroje miały czas, bądź samodzielnie, bądź ze spływającym śluzem, dostać się aż do pęcherzyków płucnych. *Doc. Ciechanowski.*

Mankowsky: **Zmiany ośrodkowego układu nerwowego, stwierdzone sposobem Nissla w ostrem i przewlekłem otruciu morfiną u zwierząt.** *(Russki) archiw patologii i t. d.* 1898. IV. I). Badania M. zalecają się starannem sprawdzeniem wyników przez porównanie ze stanem odpowiednich części układu nerwowego zwierząt zdrowych, co zasługuje na zaznaczenie wobec zarzutów, spotykających z wielu stron sposób Nissla. M. stwierdza, że otrucie morfiną wywołuje niewątpliwie zmiany w układzie nerwowym, dające się wykryć zapomocą barwienia według Nissla. Zmiany te dotyczą komórek nerwowych i ich wypustek, stopień zmian nie zależy jednak wcale od ilości wprowadzonej do ustroju trucizny, lecz od długości czasu, przez jaki trucizna działała; zmiany są zatem wybitniejsze w otruciu przewlekłem, niż w ostrem, choćby to drugie wywołano ogromnemi nawet dawkami. W otruciu ostrem występują różne stopnie *chromatolysis* (znikanie ziarnistości Nissla w obwodowych częściach komórki, zmiana ich kształtu i wielkości w częściach środkowych, zmiana kształtu i kierunku smug chromatofilnych w wypustkach) i „obrzęk“ komórki; jądro i jąderko nie zmieniają się. — W otruciu przewlekłem *chromatolysis* dochodzi najwyższych stopni (ziarnistości znikają prawie zupełnie, zamieniając się w drobne, nieliczne i nieregularnie rozrzucone punkciki, natomiast pojawiają się pęcherzyki jasne); zarysy jądra stają się nieregularne; — największe zmiany występują w komórkach piramidalnych kory mózgowej. — Zmiany te nie są jednak swoiste dla zatrucia morfiną, gdyż podobne zmiany spostrzegano w wielu innych otruciach. *C.*

Haberda: **Czy cząstki stałe, zawieszone w cieczach mogą dostać się po śmierci do płuc noworodków?** *(Friedr. Blätt. f. ger. Med.* 1898. 2). Zwłoki noworodków, zmarłych w czasie porodu, umieszczał H. na 2 do 3 dni w pradzie popłuczyn wychodków, poczem w wszystkich zwłokach stwierdził obecność ciał obcych, zaniesionych z cieczą, w drogach oddechowych i to nie tylko w oskrzelach, ale także w pęcherzykach płucnych. Nieco cząsteczek kału znajdowało się także w przełyku i żołądku. Jest więc rzeczą niewątpliwą, że w pewnych korzystnych warunkach mogą ciecze i drobne ciała obce po śmierci dostać się do płuc; oceniając w praktyce sądowolekarskiej, czy dostały się one tam za życia, czy po śmierci, należy zwrócić uwagę na ilość, zbitość i rozdział ciał obcych w żołądku i przełyku i inne poboczne okoliczności.

Carrara: **Zator tłuszczowy płuc i jego sądowolekarskie znaczenie** *(Friedr Blätt. f. ger. Med.* 1898. 4). Wśród 102 zwłok znalazł B. zator tłuszczowy płuc w 27 przypadkach. Istniał on w 13 na 17 przypadków złamań; w 3 przypadkach złamań żeber i w jednym przypadku złamania mostka, żeber i kości sprychowej nie znaleziono zatoru tłuszczowego w płucach. Tłuszcz dostaje się w danych przypadkach nader szybko do krwiobiegu, ponieważ zator płuc istniał nawet w tych razach, gdy śmierć nastąpiła natychmiast po urazie. Objawy zatoru tłuszczowego płuc nie są za życia znamienne; najczęściej powstaje obraz wstrząsu (shoku) lub wstrząśnienia mózgu. Znalezienie rozległych zatorów ma wielkie znaczenie dla określenia przyczyny śmierci. Na 28 przypadków chorób serca i nerek znalazł B. zatory tłuszczowe w płucach 7 razy; znaczenie ich jest w tych razach wobec ciężkości głównej choroby małe, a pochodzą one albo z nierzadko się zdarzających przedśmiertnych uszkodzeń, albo ze zwyrodniałych tłuszczowo narządów wewnętrznych. Zdarzyć

się także może zator tłuszczowy płuc w uszkodzeniach części miękkich i w oparzeniach; w tych ostatnich tłómaczy się jego powstawanie równoczesnem otwarciem naczyń krwionośnych i chłonnych i płynniejszym stanem tłuszczu, w jaki on pod wpływem gorąca, przynajmniej chwilowo, przejść może. W zejściu śmiertelnem po oparzeniach zdaje się zator tłuszczowy płuc, który C. znalazł 6 razy na 13 przypadków, odgrywać ważną rolę.

Doc. Dr. A. Kissel: **Zakaźna żółtaczka u dzieci** *(Jahrbuch für Kinderheilkunde 13. XLVIII. W. 2, 3 1898)*. Dotychczasowe opisy nagminnie panującej żółtaczki u dzieci wykazały możność przebiegu tej choroby bądź pod postacią łagodną, jako żółtaczka nieżytowa, badź też jako postać ciężka; przypadki opisywane przez Weila, należą do pośrednich i klinicznie nie powinny być uważane za postacie odrębne. Jaeger wyhodował z moczu chorych i z narządów wewnętrznych osób zmarłych osobny laseczniki, zwany *bacillus proteus fluorescens* Autor spostrzegał 96 przypadków tej choroby i podzielił je na 3 gromady:

1. Ciężkie, kończące się śmiercią. 2. Niezbyt ciężkie lecz wykazujące wyraźne ślady choroby zakaźnej. 3. Lekkie, do których zaliczać się winny te liczne przypadki żółtaczki nieżytowej, polegające pozornie na zatkaniu przewodu żółciowego, a będące właściwie przyrody zakaźnej.

Jedno dziecko, zmarłe z powodu żółtaczki zakaźnej, okazało na stole sekcyjnym, jakoteż przy badaniu drobnowidowem bakteryologicznem typowy obraz choroby zakaźnej.

Spostrzeżenia 96 przypadków, z których 6 zakończyło się śmiercią, wykazały, że żółtaczka zakaźna u dzieci występuje przeważnie w jesieni i zimie, bez względu na wiek, płeć i skłonności do chorób przewodu pokarmowego, co stanowczo odróżnia ją od żółtaczki nieżytowej, występującej przeważnie w miesiącach letnich, u dzieci nader łatwo zapadających na choroby trawienia.

Co do objawów i przebiegu choroby, to prawie zawsze początek jej był nagły z dreszczami, gorączką, bólem głowy, brakiem łaknienia, a nawet wymiotami, poczem po 4—8 dniach, występowała żółtaczka tak, że w przebiegu tej choroby można odróżnić dwa okresy: pierwszy z gorączką, bez żółtaczki, — drugi bez gorączki z żółtaczką. Czas trwania choroby 3—4 tygodni przeciętnie. We wszystkich przypadkach można było wybadać powiększenie wątroby i śledziony a pozostawały one nieraz powiększone, mimo ustąpienia żółtaczki. Barwa skóry, błon śluzowych, moczu, kału była odpowiednią do stopnia żółtaczki.

Rokowanie w przebiegu żółtaczki zakaźnej musi być bardzo ostrożne, szczególnie u dzieci niedokrewnych, szybko wycieńczających się przy długo utrzymującej się żółtaczce (do 10 tygodni), jakoteż u dzieci żółtaczkowych z objawami nerwowymi.

Dyeta przeważnie mleczna.

Leczenie polega na podawaniu przez 1—1½ tygodnia kalomelu, a następowo wód mineralnych alkalicznych, względnie 1% roztworu sody do 4 łyżek dziennie. W przypadkach występującego ogólnego zaniku zaleca autor tran rybi. Wreszcie w bardzo ciężkich przypadkach żółtaczkowych doradza wstrzykiwania fizyologicznego roztworu soli kuchennej.

Dr. Bolesław Komorowski.

IV. Zapiski lecznicze i nowe leki.

E. Merck (Darmstadt). *Bericht über das Jahr 1897.* Styczeń, 1898.

(Ciąg dalszy).

Tłuszcze jodu i bromu: Jodipinum. Bromipinum. Tłuszcze te powstają przez dodanie jodu, względnie bromu, do oleju sesamowego; są to ciecze żółtawe, smaku oleju, a zresztą zachowują się jak tłuste oleje — jodu i bromu zawierają po 10%.

Winternitz, opierając się na swych doświadczeniach, które wykazały, że tłuszcz jodu podany wewnętrznie, pozostaje w ustroju złożonym (szczególniej w wątrobie i w szpiku kostnym), a więc i do *locus morbi* dostać się może i tam działać skutecznie, poleca go zamiast jodku potasu.

Chociaż działania tłuszczów bromu nie można w ten sam sposób sobie wytłómaczyć, to podawanie ich w drgawkach i padaczce u dzieci daje dobre wyniki.

Zapisuje się:

Rp.: *Jodipini 100.00*
Ds.: *3 razy dnia zażywać po łyżeczce, aż do łyżki stołowej.* (Kiła i zołzy).

Rp.: *Jodipini 50.00*
Vitell. ovi Nr. I.
Pulveris Cacao
Sacchari albi aa part. aeq.
Olei Cinnamomi aeth. gtt. I.
M. f. l. a. electuarium.
Ds.: *1—2 łyżeczek dziennie zażyć.* (Kiła u dzieci).

Podobnie zapisuje się bromipin.

Jodoformalum. $C_6H_{12}N_4.C_2H_5J.CHJ_3$. F. Reuter wyżej stawia ten środek od jodoformu i jodoforminu, szczególnie w leczeniu ran ropiejących, przewlekłych wrzodów goleniowych, róży, wrzodu miękkiego, ropienia gruczołów chłonnych, zastrzału i t. d. Stosuje się go w postaci zasypki, lub maści np.:

Rp.: *Jodoformali 1.0*
Bals peruv. gtt. III—IV.
Lanolini anhydrici et vaselini q. s. ad 10.0
M. f. unguentum.
S.: *zewnętrznie.*

W rzeżączce przewlekłej zapisywać należy świeczki z 20% jodoformalu, gliceryny i gumy arabskiej.

Jodothyrinum. Ze sprawozdań wielu autorów, odnoszących się do skuteczności tego środka, wynika, że posiada on wprawdzie działanie gruczołu tarczykowego, nie przewyższa jednak w tym względzie innych podobnych przetworów.

Jodterpinum. $C_{10}H_{16}J$. Jest to połączenie jodu z terpentyną; ciecz ciemno-brunatna, zapachu olejku terpentynowego, łatwo rozpuszczająca się w eterze, benzolu, benzynie naftowej i chloroformie, a do 10% w czystym wyskoku, o c. g. 1.19, a wrząca przy 170° C.

A. Lieven *(XII międzynar. kongr. lek. w Moskwie, 1897 r.)* podaje, że środek ten zastępuje nalewkę jodową i jodoform, a ze względu na większą stosunkowo zawartość jodu (50%), lepszym jest nawet od pierwszej.

Przez domieszanie do tego środka 1—20% wyjałowionej kaoliny, otrzymać można proszek, posiadający również własności lecznicze.

Kalium oxalicum neutrale purissimum $K_2C_2O_4 + H_2O$. Są to kryształy bezbarwne, w 3 częściach wody się rozpuszczające

Ponieważ środek posiada własności powstrzymujące krzepnięcie płynów organicznych, poleca go G. Cavazzani do leczenia nacieków ropnych (phlegmone). Wstrzykuje on w tym celu 1% roztwór wodny tej soli w tkanki dookoła chorego miejsca; do jednorazowego wstrzyknięcia używa 2—3 ctm.³ roztworu a nakłówa w 10—12 miejscach; po 2—3 dniach powtarza się wstrzykiwania.

Kolaninum (Extr. Kolae sicc.). Jest to glikosyd, otrzymany przez Hilgera i Knebla z orzechów Sterculia Acuminata (Sterculiacae).

W handlu w postaci wyciągu (Extr. spiss.) lub tabletek, 0.2 tego leku zawierających. Dornblüth podaje go ze skutkiem neurastenikom, także w stanach osłabienia serca na tle nerwowem, a nawet organicznem. Podaje się jedną pastylkę (0.2 kol.), po 1 do 1½ godzinie — drugą, aż do skutku. *Dr. J. Żychoń.*

(Ciąg dalszy nastąpi).

Fürbringer (*Dtsch. m. Zeit.* 1898) leczy niemoc płciową, zależnie od przyczyny, sposobami fizycznymi lub dyetetycznymi. U otyłych stara się zapomocą pracy mięśniowej, dyety i leczenia zdrojowego (Maryenbad) o zmniejszenie podściółki tłuszczowej, co często doprowadza do bardzo dobrych wyników. Przy moczówce cukrowej trudniej otrzymać pożądany skutek. U gruźliczych forsowne odżywianie sprowadza często powrót popędu płciowego. Nerwowi odzyskują w wielu przypadkach moc płciową po leczeniu Playfaira. Czasem szklanka dobrego wina lub piwa sprowadza prawidłowy wytrysk nasienia, szczególnie, jeśli jest tylko zboczenie co do czasu wytrysku. Nadmierne palenie cygar obniża zwykle moc płciową. Wreszcie autor przemawia za przyrządami, które mechanicznie w wielu przypadkach, szczególnie u nerwowych, mogą mieć wielkie w leczeniu znaczeniu. *F. K.*

Nitzelnadel zaleca przy piegach pędzlowanie 10% rozczynem wodnym kwasu mlekowego. (*Cbl. f. d. ges. Ther* 7). *F. K.*

E. Fischer wypróbowawszy cały szereg środków, stosowanych w róży, zachwala używany przez siebie wyskok (85—95%) w ten sposób, że na miejsca zajęte kładzie kawałek miękkiego płótna, które zwilża wyskokiem, zalecając robić to tak często, aby płótno zawsze było wilgotne. Przytem wspomina, że Behrend silnie wciera wyskok w skórę, a potem dopiero zaleca kłaść watę, zamoczoną w wyskoku i zmieniać ją co 3—4 godzin, a Langsdorff przykrywa zamoczony przedmiot jeszcze ceratką nieprzemakalną. (*St. Petersb. m. Woch.* 1898, 38). *F. K.*

Istnieje zdawna utrzymujące się zapatrywanie, że obcinanie włosów wzmacnia ich porost. Rencesow w r. 1893 wykazał, że obcinanie włosów kilkakrotne, w krótkim czasie, wywołuje stan podrażnienia w brodawce włosowej. Bischoff pod kierunkiem Schiefferdeckera powtórzył te doświadczenia na psach, królikach i świniach i przyszedł do przekonania, że obcinanie włosów nie ma żadnego wpływu na ich wzrost, bo żadna część włosa, nawet część rdzeniowa, nie jest w stanie przenieść podrażnienia, wywartego przy obcinaniu na sam włos. (*Posiedz. Tow. lek. w Bonn* 13, 12, 1897). *F. K.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne z dnia 23. listopada 1898 r.

Przewodniczący kol. prezes prof. Dr. Jakubowski. — Obecnych 36-ciu członków.

Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

Kol. Prezes zdał sprawę z załatwienia poruczonej mu, jako mężowi zaufania, sprawy organizacyi Komitetu gospodarczego na Zjazd lekarzy i przyrodników polskich, przyczem proponuje na przewodniczącego Komitetu Zjazdowego kol. prof. Dra Kazimierza Kostaneckiego. Kol. prof. Kostanecki, jednogłośnie wśród oklasków wybrany, dziękując za zaufanie, wskazał na pracę i zasługi w tej sprawie kol. prezesa, prof. Dra Jakubowskiego.

Na członków czynnych Towarzystwa przyjęci zostali koll.: Majewicz Edmund i Sternbach Dawid.

Kol. prof. Ponikło przedstawił następujący wniosek Komisyi przemysłowej: Towarzystwo lekarskie uchwala: »Załatwiając prośbę właściciela dóbr poronińskich, p. Adama Uznańskiego, uznaje się, po wysłuchaniu opinii rzeczoznawców, grunt Nowe-Zakopane-Czarnolesie, położony obok drogi krajowej Zakopane-Roztoka, w odległości dwu klm. od Jaszczurówki, za stosowny pod względem zdrowotno-klimatycznym do urządzenia na nim osady (stacyi klimatycznej) według przedłożonych planów pod warunkiem, że będzie urządzony wodociąg z wody źródlanej, wymogom zdrowotnym odpowiadający« (Uchwalono).

Kol. Bujwid odczytał memoryał do Rady miejskiej w Krakowie, kończący się następującym wnioskiem: »Tow. lek. krak. uchwala przedstawić pod rozwagę Świetnej Rady miasta Krakowa nieodzowną potrzebę bezzwłocznego utworzenia odrębnego i samodzielnego szpitala miejskiego dla chorób zakaźnych«.

Kol. Dyr. Ponikło w dłuższym wywodzie wyjaśnił tę sprawę pod względem administracyjnym, poczem wniosek wedle referatu uchwalono.

Kol. Sliwiński zawiadomił, iż Komisya przemysłowa uzupełniła się, wybierając w miejsce ś. p. prof. Obalińskiego i nieobecnego w Krakowie prof. Rydygiera, koll.: prof.: Bujwida i Jaworskiego. Na członka nadzwyczajnego zaś Komisyi przemysłowej zaproszono Dra Lembergera. (Przyjęto do wiadomości).

Kol. Prezes przedstawił następujący wniosek Komitetu: »Fundusz rezerwowy, złożony na książeczkę Towarz. wzajem. kredytu T. VIII, L. 4821 w kwocie 276 złr. 59 ct. z odsetkami, staje się funduszem biblioteki Tow. lek. krak«. (Uchwalono).

Nastąpił odczyt kol. Rutkowskiego: »O niedrożności jelit mechanicznej na podstawie 156 przypadków«. (Rzecz przeznaczona do druku).

W rozprawach nad powyższym odczytem kol. Kryński podniósł wielką ważność pod względem leczniczym sprawy chorobowej, przedstawionej przez prelegenta. Dziś sprawa leczenia mechanicznej niedrożności jelit powinna wejść w zakres wyłącznie chirurgii i ogół lekarzy nabiera stopniowo tego przekonania. Życzyćby należało tylko, aby zrozumianą była ogólnie i stosowaną konieczność interwencyi chirurgicznej we wczesnych okresach cierpienia, gdyż największą liczbę niepomyślnych zejść pooperacyjnych takiemu właśnie spóźnieniu przypisać należy. Co się tyczy postępowania operacyjnego, opisanego przez prelegenta, to więcej trafia mówcy do przekonania w przypadkach niedrożności postępowanie Trèvesa; radził on po otwarciu jamy brzusznej odszukać zaraz jelito ślepe, którego stan, rozdęcie lub nie, daje nam od razu wskazówkę przybliżoną co do siedziby przeszkody tj. czy w jelicie cienkiem, czy grubem znajduje się ona. Dopiero gdy w ten sposób nie można się zoryentować dostatecznie, wówczas należy szeroko otworzyć jamę brzuszną, nawet przez całą długość smugi białej i przejrzeć dokładnie cały przewód jelitowy. Takie postępowanie, podane jako zasada przez Kümmla i stosowane w wielu przypadkach opisanych przez prelegenta, jako połączone z zupełnem wypaproszeniem, nie jest obojętne dla ustroju i o ile możności lepiej go uniknąć, jeżeli się da.

W końcu zapytuje kol. K. prelegenta o cechy ruchów robaczkowych i stosunek ich do wzdęcia miejscowego (meteorismus localis) w opisanych przypadkach niedrożności mechanicznej.

Kol. Surzycki odpiera zarzut, zrobiony internistom, że zwykle w tych przypadkach późno interwencyi chirurgów żądają, tłómacząc przedewszystkiem trudnością rozpoznania w pierwszych 24 godzinach, bo nieraz przypady chorobowe są tak niewyraźne, a objawy podawane przez chorego, tak bałamutne, że w pierwszej chwili ma się tylko podejrzenie o niedrożność i dopiero przy wystąpieniu wyraźnych objawów można rodzinie chorego lub choremu proponować zabieg operacyjny. Nieraz 24 godziny, lub więcej upłynie, nim lekarza do chorego wezwą, a lekarz, będąc krępowanym w swoich wizytach, nie może chorego dokładnie obserwować, a tem samem za pierwszem badaniem na pewne rozpoznać. Lekarze praktycy mają zupełnie inny materyał obserwacyjny niż w szpitalu, gdzie w razie wątpliwości w rozpoznaniu można chorego uśpić, by ścisłe rozpoznanie uzyskać, gdy tymczasem w praktyce prywatnej nieraz dokładnie i zbadać nie można, raz dla dotkliwych bólów, a nieraz z powodu wstydliwości, jeśli to dotyczy kobiety. Zresztą nie trzeba zapominać, że stosunkowo duży odsetek przypadków z początkowymi objawami niedrożności bywa wyleczonych wysokiemi wlewaniami za pomocą lejka Hegara, a o takich przypadkach naturalnie chirurdzy nie wiedzą i wciągają do swej statystyki tylko tych, u których ten zabieg wcale się nie udał. Na dowód przytacza kol. S. jeden przypadek niedrożności, trwającej 4 dni (znany ś. p. Obalińskiemu) z wymiotami kałowymi, gdzie ciągłe lewatywy wysokie nie robiły skutku, wreszcie chory, zdecydowany na operacyę, został przeniesiony do szpitala i tam po kilku nowych próbach lewatywami lejkiem Hegara wreszcie niedrożność została usunięta.

Kol. Rutkowski odpowiedział, iż szerokie otwarcie jamy brzusznej woli ze względu na szybkie i łatwe zoryentowanie się w stosunkach anatomicznych, zwłaszcza w przypadkach ze znacznem wzdęciem jelit. Co do ruchów robaczkowych, to w przypadkach ostrych trudno je dokładnie co do kierunku określić, a w przypadkach uwięzgnięcia częstokroć nie można ich dostrzedz, gdyż pętla zajęta wzdęciem miejscowem pokrywa pętlę doprowadzającą. W tych jednak właśnie przypadkach przelewanie się wskazuje na obecność ruchu w pętli doprowadzającej. —

Dr. Zawery Gorski,
Sekr. dorocz.

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków, 29 *grudnia 1898 r.*

* Donieśliśmy w swoim czasie, że w Krakowie, pod redakcyą prof. Bolesława Wicherkiewicza, rozpocznie wychodzić z końcem stycznia miesięcznik pod tyt.: »Postęp Okulistyczny«.

Jest to naturalnem następstwem rozwoju naszego piśmiennictwa lekarskiego i doskonalenia się jego pojedyńczych gałęzi, że z biegiem czasu rodzą się szersze potrzeby umysłowe, domagające się wyodrębnienia niektórych działów medycyny z ciasnych dla nich ram dzisiejszej publicystyki lekarskiej. Od lat 50 okulistyka polska cieszy się szeregiem ludzi, odgrywających w nauce wybitną rolę. Zastęp ten zwię-

ksza się i poczuwa na siłach nie poprzestania na oderwanych i przygodnie pojawiających się artykułach w tygodnikach naszych, lecz zmierza do stworzenia organu jednolitego, będącego wyrazem pracy systematycznej i stanowiącego podwalinę dla przyszłej szkoły swojskiej.

Wydawca, prof. Wicherkiewicz, któremu przypada zasługa podjęcia tego dzieła, opiera się w swem przedsięwzięciu nie tylko na własnej osobie i gronie okulistów, lecz zjednał on do współudziału specyalistów w innych gałęziach, które z nauką okulistyczną mają bliższe lub dalsze powinowactwo umiejętne.

Do grona współpracowników »Postępu Okulistycznego« należą: Dr. Babiński (Paryż), Dr. Bałłaban (Lwów), prof. Browicz (Kraków), prof. Bujwid (Kraków), prof. Cybulski (Kraków), prof. Kostanecki (Kraków), Dr Kramsztyk (Warszawa), prof. Machek (Lwów), prof Natanson (Kraków), Dr Rumszewicz (Kijów), doc. dr. Sroczyński (Kraków), dr. Strzemiński (Wilno), dr. J. Talko (Lublin).

Wątpić nie należy, że wydawnictwo »Postępu Okulistycznego« rozpoczyna swój żywot pod dobrą gwiazdą: poręką jest nam stanowisko samego wydawcy, jego zapał do nauki i energia w przeprowadzeniu tego, co kiedy zamierzył. Niemniej jednak opieramy nasze wróżby i na współdziałaniu wyżej wymienionych mężów, którzy przyrzekli czynnie popierać nowy miesięcznik. Wiemy dobrze, a przedewszystkiem wie o tem dokładnie sam prof. Wicherkiewicz, który przystępuje do dzieła »po długim namyśle i wszechstronnej rozwadze«, że nowe wydawnictwo oprze się przedewszystkiem, obok zamiłowania do nauki, na poczuciu obywatelskiego obowiązku czcigodnego wydawcy i że poczucie to stać się musi główną podwaliną jego wytrwałości: to też wzgląd ten, skądinąd tak nie obcy społeczności lekarskiej, powinien usposobić jak najżyczliwiej ogół nasz do nowego wydawnictwa i zjednać mu wszechstronne i jak najszczersze poparcie.

(k) Z inicyatywy Sekcyi Towarzystwa lekarzy galic. w Tarnowie odbył się w tem mieście d. 17 b. m. Zjazd kolegów z powiatów: Brzeskiego, Dąbrowskiego, Mieleckiego, Pilzneńskiego, Ropczyckiego i Tarnowskiego.

Po wyczerpującej dyskusyi zgromadzeni uchwalili:

a) Starać się o aktywowanie lekarskich okręgów sanitarnych, dotychczas już projektowanych i zatwierdzonych przez władze krajowe;

b) w tym celu wpływać na opinię publiczną i wydziałów powiatowych, wykazując potrzebę tworzenia tych okręgów, oraz udać się do lekarzy-posłów sejmowych z prośbą o wyjednanie w Sejmie stanowiska, przychylnego tej sprawie;

c) odnieść się do Wydziałów powiatowych w Tarnowie, Dąbrowie, Mielcu, Pilznie i w Ropczycach o aktywowanie w r. 1899 okręgów sanitarnych w Ryglicach, Tuchowie, Szczucinie, Siedliszowicach, Przecławiu, Radomyślu, Jodłowej, Zassowie i w Wielopolu;

d) wykazywać potrzebę utworzenia, w każdej siedzibie lekarza okręgowego, szpitalika dla chorych (w myśl ustawy kraj. z 2 lutego, 1891). Nadto postanowiono starać się, by rząd płacił lekarzom za ich doniesienia do władz o przypadkach chorób zakaźnych.

* Według dzienników rosyjskich prof. Virchow wyraził chęć osobistego wzięcia udziału w uroczystym obchodzie 100-letniego jubileuszu istnienia wojskowo-lekarskiej akademii w Petersburgu, który ma się odbyć w dniu 18 b. m. (st. st.).

* »Nowoje Wremia« donosi, że zamierzono urządzić w Samarkandzie Instytut medycyny doświadczalnej, na wzór petersburgskiego.

* Berlińska krawiecka kasa chorych, licząca 26,000 członków, postanowiła zaprowadzić z dniem 1 kwietnia 1899 roku wolny wybór lekarza.

* W budżecie państwa niemieckiego na r. 1899 wstawioną została pozycya 60,000 marek na koszta ekspedycyi dla badania przyrody zakażenia zimniczego (malaria).

* Prof. Röntgen, który otrzymał wezwanie do objęcia katedry w Lipsku, pozostaje nadal w Würzburgu.

* W sprawie ostrożności, przedsięwziętych przez plebana powszechnego szpitala w Wiedniu przy ostatniem namaszczeniu ś. p. Dra Müllera, „Chronique Médicale“ podaje interesujące szczegóły z wieków minionych. Biskup z Noyon, de Clermont-Tonnerre, rozesłał za czasów Ludwika XIV następującą instrukcyę dla księży, którym przypadał obowiązek administrowania na śmierć osób zadżumionych. Spowiedź miała się odbywać z oddalenia 9 do 10 kroków od mieszkania chorego i polegała na kilku zapytaniach w kierunku wykroczeń, wypływających z zawodu chorego, poczem udzielano rozgrzeszenia — zawsze zdaleka. Hostyę świętą administrowano w ten sposób, że kładziono ją między dwie hostye większe i niepoświęcone i wszystko zawijano razem w czysty papier; pakiecik taki kładziono na podłogę lub stół i by, wiatr nie porwał, przykrywano ciężarkiem. Pouczony chory albo sam sięgał po hostyę, albo doręczała mu ją osoba pielęgnująca. Podczas tej czynności ksiądz odmawiał z oddalenia przepisane modlitwy. Ostatnie namaszczenie udzielano przy pomocy długiego pręta, na którego jednym końcu przymocowaną była wata, napojona olejem świętym. Instrukcya biskupia dozwalała namaszczenia tylko jednego narządu zmysłu. Watę i koniec pręta obowiązany był ksiądz spalić na ognisku umyślnie przygotowanem. Wszystko zakańczały modły, według rytuału, lecz zawsze z oddalenia.

* Jakim sposobem Glauber odkrył sól, która nosi jego imie? W podróży swej do Wiednia zachorował on ciężko na przypadłości trawienne. Mieszkańcy tej miejscowości zwrócili uwagę Glaubera na wodę, znajdującą się w tej okolicy, która wrzekomo ma leczyć właśnie takie zaburzenia zdrowia. Nie bez sceptycznych wahań się podążył chory do źródła, napił się i ozdrowiał. Analizując tę wodę, wykrył G. sól, o której tyle tylko wiedział, że nie jest saletrą, bo na ogniu nie wybucha. Sól tę (t. j. siarkan sodowy), nie mogąc oznaczyć według jej składu chemicznego, nazwał Glauber *Sal mirabile*.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Laboulbène, b. prezes Akademii lekar., prof. historyi medycyny i chirurgii w Paryżu. Sir Jenner, prof. kliniki lekarskiej w Londynie. Mag. chirurgii, Wilhelm Reisner, zmarł w Zbarażu w 59 roku życia.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich: W *Gazecie lekarskiej* Nr. 51: Dra Hermana: O znieczulaniu miejscowem i granicach jego stosowania. Dra Wygodskiego J.: Wyniki leczenia gorączki połogowej (dok.). Dra Piotrowskiego J.: O leukemii i sprawach pokrewnych (c. d.). W *Medycynie* Nr. 51: Dra Danysza J.: O szerzeniu się dżumy, jej zapobieganiu, oraz leczeniu. Dra Rosenthala J.: Opis ważniejszych przypadków operowanych w oddziale ginekol. szpitala starozakonnych w Warszawie w roku 1896—1897, oraz ogólny zarys działalności tegoż oddziału (dokoń.). W *Kronice Lekarskiej* (Zeszyt 24): Dra Bregmanna L.: Przyczynek kliniczny do postępującego zaniku mięśni. W *Medycynie* Nr. 52: Dra Solmana T.: Przyczynek do kazuistyki i chirurgii niedrożności jelit. Dra Arnsteina F.: Kilka słów o użyciu leku wymiotnego po zastosowaniu surowicy przeciwbłoniczej w błonicy krtani.

Redakcya otrzymała:

Dr. Kucharzewski H.: Czy uraz może wywołać ostre zapalenie nerek. (Odbitka). Warszawa, 1898.

Dr. Nartowski M.: Ein Beitrag zur Kenntnis der Bernhardt'schen Sensibilitätsstörung. (Odbitka). 1898.

— Dr. Kowalski Ed.: Badania nad zachowaniem się ciepłoty i krążenia krwi w narządach jamy brzusznej pod wpływem okładów. (Odbitka), Warszawa. 1898.

— Tenże: Ueber den Einfluss von äusseren hydrotherapeutischen Proceduren auf die Gallensecretion. (Odbitka). Wiedeń. 1898.

— Dr. Wróblewski A: O soku wyciśniętym z drożdży. (Odbitka). Kraków. 1898.

— Dr. Węgliński W.: Exploration clinique de la tuberculose larygnée. (Odbitka). Paryż. 1898.

— Eksc. Dr. Mavrogéni Pasza: Quelques mots sur l'alcoolisme. (Odbitka). Konstantynopol, 1898.

— Prof. Browicz T.: Obraz mikroskopowy komórki wątrobnej po wstrzyknięciu do żyły szyjnej rozczynu hemoglobiny. (Odbitka), Kraków, 1898.

— Dr. Krokiewicz A.: Mangel an freier Salzsäure (Anachlorhydria) im Mageninhalt im Verlaufe von multiplen runden Magengeschwüren (Ulcera peptica ventriculi). (Odbitka), Wiedeń, 1898.

Towarzystwo lekarzy galicyjskich dołącza dla swych członków do dzisiejszego N-ru czeki pocztowej Kasy oszczędności, aby ułatwić przesyłkę wkładki; przyczem przypomina § 67 swego statutu orzekający:

»Jeżeli członek czynny lub korespondujący zalega przez pół roku z uiszczeniem wkładki należy mu wstrzymać przesyłkę organu. W razie spóźnionego uiszczenia zaległej wkładki otrzymuje członek wstrzymane egzemplarze, o ile zapas ich starczy«.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**